

микобактерией туберкулеза. Ежегодно среди новых случаев ВИЧ-инфекции в 53—65% лиц одновременно диагностируется туберкулез. ВИЧ способствует как прогрессированию латентной туберкулезной инфекции, так и рецидива заболевания у пациентов, ранее прошедших курс лечения. На фоне скомпрометированной иммунной системы возрастает риск нового инфицирования возбудителем туберкулеза в условиях эпидемического неблагополучия. Инфекционный процесс, неспособный к самоограничению в месте ворот инфекции, генерализируется. Туберкулез — одна из ведущих причин смерти людей, живущих с ВИЧ, в нашей стране. По данным официальной статистики заболеваемость туберкулезом стойко снижается, в то же время заболеваемость и смертность от коинфекции ВИЧ/туберкулез постоянно растут. С 2000 г. заболеваемость коинфекцией ВИЧ/туберкулез увеличилась в 46 раз и составила в 2012 г. 10,4 на 100 тыс. населения.

Учитывая актуальность проблемы, целью нашей работы было определить клинико-иммунологические особенности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Материалы и методы. Представлен анализ результатов клинико-лабораторного обследования 313 пациентов, обращавшихся за медицинской помощью в клинику Института в 2011 г. В группу наблюдения включали ВИЧ-инфицированных лиц, находящихся на диспансерном наблюдении в клинике (в т.ч. пациентов, получающих АРТ), и тех, кто обращался за консультативной помощью.

Следует отметить, что в клинике Института получают медицинскую помощь пациенты 4 и 5 категории сложности. Одним из факторов формирования такого уровня сложности является туберкулез.

Результаты исследования.

Главными возрастными группами риска сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез были пациенты 30—40 лет. Выявлены некоторые гендерные отличия заболеваемости ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Так, пик заболеваемости среди мужчин определялся в возрасте 29—36 лет, женщин — 25—33 года.

Легочную форму туберкулеза регистрировали у 197 пациентов с ВИЧ-инфекцией (62,9%). Изолированное поражение легких наблюдали у 75 человек (38,1%), у 86 (43,7%) в патологический процесс была вовлечена лимфатическая система, в 14 (7,1%) — плевра. Среди внелегочных форм чаще наблюдались менингоэнцефалиты туберкулезной этиологии (52,4%), туберкулез костей регистрировали в 11,0% случаев, глаз — 6,1%.

У 188 (60,1%) пациентов туберкулез был диагностирован впервые, рецидивирующий регистрировали у 40 пациентов (12,8%), хронический — у 2 (0,6%). Показатель впервые выявленного туберкулеза был несколько выше среди пациентов с легочными формами (соответственно, 53,1% против 60,4%). Напротив, рецидивирующий и хронический туберкулез регистрировался с одинаковой частотой среди больных с легочной и внелегочной формой туберкулеза.

Среди 53 стран Европейского региона ВОЗ Украина принадлежит к 18 странам с наивысшим уровнем мультирезистентного туберкулеза (МРТБ). В 2012 г. в целом в Украине зарегистрировано наибольшее количество МРТБ — 6934 случая, по сравнению с 2011 г. — 4305 случаев. По оценкам ВОЗ, в Укра-

ине МРТБ определяется в 16% случаев впервые диагностированного туберкулеза и у 44% повторно леченных больных. В нашем исследовании МРТБ определяли в 26,8% пациентов, из них лабораторно подтверждение устойчивости возбудителя туберкулеза к препаратам 1 ряда получено в 8,3% случаев. Клиническая неэффективность схем 1 ряда позволила установить резистентность микобактерий в 18,5% случаев.

Почти у всех пациентов с коинфекцией ВИЧ/туберкулез определяли кандидоз различной степени тяжести (94,6%), герпетическую инфекцию диагностировали у 54,6% пациентов, цитомегаловирусную инфекцию — у 4,2%, пневмоцистную пневмонию — у 5,8%, токсоплазмоз мозга — у 5,4% и т.д. Часто наблюдали бактериально-вирусно-микозные ассоциации.

Более чем у 50% пациентов инфекционный процесс был детерминирован 3—5 возбудителями, принадлежавших к различным таксономическим группам. Кроме того, у 52,1% лиц определяли маркеры парентеральных вирусных гепатитов В, С и В+С. У 18 пациентов гепатит С был в активной форме.

У более 80% лиц из группы наблюдения имели нарушения иммунитета различной степени тяжести. Количество CD4+ Т-лимфоцитов до 50 клеток/мм³ было у 29,2% пациентов, 50—100 клеток/мм³ — у 14,6%, 100—200 клеток/мм³ — у 22,2%, 200—350 клеток/мм³ — у 17,4%. Только у 8,3% больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез количество CD4+ Т-лимфоцитов была выше 500 клеток/мм³. Чрезвычайно тяжелое состояние было у больных с числом CD4+ Т-лимфоцитов менее 50 клеток/мм³, почти у каждого третьего такого пациента определяли менингоэнцефалит туберкулезной этиологии. Поражение мозга чаще происходило при присоединении действия других неблагоприятных факторов: низкая эффективность или отсутствие АРТ, ассоциативный инфекционный процесс туберкулез/гепатит С/ВИЧ-инфекция, устойчивость возбудителя к лекарственным препаратам и др. В то же время даже количество CD4+ Т-лимфоцитов более 500 клеток/мм³ не защищало от активизации туберкулеза.

Вывод. Таким образом, клинико-лабораторный анализ результатов наблюдения за пациентами с коинфекцией ВИЧ/туберкулез в сравнительном аспекте с эпидемической ситуацией в стране свидетельствует о возрастании актуальности этой проблемы.

РИСК ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ПРИЕМЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Доценко М.А.¹, Ракович С.В.¹, Сеткина С.Б.³, Черныш И.П.³, Кучко А.М.³, Карпов И.А.¹, Падута Д.С.², Алексейчик Д.С.¹

1. УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь
2. УЗ «Городская инфекционная клиническая больница», г. Минск, Беларусь
3. УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении», г. Минск, Беларусь

Побочные реакции (нежелательные реакции) часто наблюдаются при проведении антиретровирус-

ной терапии (АРТ) у пациентов с ВИЧ инфекцией, и иногда являются причиной смены схемы терапии в силу невозможности купирования последних даже тогда, когда терапия является эффективной.

Материалы и методы. Исследование носило ретроспективный характер. Было обследовано наивных 60 пациентов, впервые начавших антиретровирусную терапию согласно схемам терапии первого ряда (AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP, TDF+3TC+EFV, TDF+3TC+NVP). По половому составу распределение составило: мужчин — 40%, женщин — 60%. Средний возраст обследуемых составил 35,25 года (минимальный — 24, максимальный — 55 лет). 16 пациентов имели ко-инфекцию HCV, 7 пациентов — потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

Результаты. Было выявлено 130 побочных реакций (ПР), все они были расценены как вероятные. Реакции, связанные с приемом схемы в состав которой входит AZT: анемия — 17 (13,1%); лейкопения — 23 (17,7%); тромбоцитопения — 17 (13,1%). Реакции, связанные с приемом EFV: нарушения со стороны ЦНС (головная боль, головокружение (7), реже галлюцинации (5), слабость (6), нарушение сна (2) и концентрации (1), один пациент вышел на судорожный припадок) — 22 (16,9%). Реакции, связанные с приемом NVP или EFV: аллергические реакции (сыпь, отек лица, конечностей, зуд кожи) — 17 (13,1%); нарушения со стороны ЖКТ — 10 (7,7%); повышение уровня альфа-амилазы — 6 (4,6%); повышение уровня трансаминаз — 5 (3,8%); изменение веса — 4 (3,1%); повышение уровня холестерина — 3 (2,3%); токсический гепатит — 2 (1,5%); ощущение жара в теле — 2 (1,5%). Реакции, связанные с приемом TNF: нефротоксичность — 1 (0,8%); повышение уровня креатинина — 1 (0,8%).

Выводы:

1. Риск развития ПР в целом при вирусной нагрузке более 500 копий/мл и уровне CD4 менее 350 в 2,103 раза выше (ОШ 2,103; $p < 0,005$), чем у пациентов с уровнем вирусной нагрузки менее 500 копий в миллилитре и числе CD4 более 350 клеток.

2. Риск развития аллергических реакций у пациентов с высокой вирусной нагрузкой выше в 1,107 раза, чем у пациентов с числом копий менее 500 в мл и у пациентов с высоким уровнем CD4+ клеток (более 350) в 1,265 раза выше (ОШ 1,265; $p < 0,005$), чем у пациентов с низким числом CD4+ клеток.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГРИППА А/Н1N1

Доценко Э.А., Калымаго М.В.,
Бобков В.Я., Петрович Ю.М.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Поражения легких при вирусных инфекциях встречаются достаточно часто, свидетельством чему является пандемия гриппа А/Н1N1 в 2009—2010 г.

(Чучалин А.Г., 2009; Рахманова А.Г., 2009; Kapetanovic M.C., 2006; Gums J.G. et al., 2009). Пандемия характеризовалась снижением иммунитета у населения и высокой летальностью. Основной причиной смерти была вирусная пневмония. В различных регионах мира она имела свои особенности, в связи с чем, нам представлялось интересным изучить клинко-морфологические характеристики постгриппозных пневмоний в Республике Беларусь. Проблема остается актуальной и на сегодня, так как в 2012—2013 г. в стране были выявлены случаи гриппа А/Н1N1.

Цель: изучение клинко-морфологических особенностей и выявление наиболее эффективной тактики лечения пневмоний, вызванных вирусом гриппа А/Н1N1, по материалам историй болезни и гистологических препаратов умерших больных г. Минска.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов пульмонологических отделений и отделений интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) 5-ГКБ и 6-ГКБ г. Минска с лабораторно подтвержденным диагнозом грипп А/Н1N1. Оценивали клинические особенности течения заболевания, динамику цитологических и биохимических показателей крови, данные бактериологического исследования мокроты и чувствительность микрофлоры к антибиотикам, изменение состояния больного в зависимости от применяемого лечения. Изучен гистологический материал легких 15-и больных, умерших от гриппа А/Н1N1, на 2, 7—8 день и после 14 дня от начала заболевания (ГКПАБ г. Минска).

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных составил $39,6 \pm 9,6$ лет. 55 (73,3%) пациентов имели сопутствующие заболевания, обуславливающие более тяжелое течение гриппа. Сахарный диабет отмечен у 14 (18,6%), ожирение — у 31 (41,3%) пациентов. Летальность составила 30,7% (23 человека).

По материалам аутопсий и особенностям клинического течения заболевания больных гриппом можно условно выделить 3 типа пневмоний:

1 тип развивается в первые 2 дня от начала заболевания, когда бактериальное воздействие минимально, преобладают симптомы вирусемии и остро-го респираторного дистресс синдрома (ОРДС).

2 тип — пневмония конца 1-й — начала 2-й недели от начала заболевания, вирусно-бактериальной этиологии. Основными возбудителями являются *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и др.

3 тип — пневмония после 14-го дня от начала заболевания, основными возбудителями являются представители грамотрицательной флоры.

Для каждого из трех видов пневмоний характерны свои клинические признаки.

Выводы. Полученные данные подтверждают представления о том, что пневмония, развивающаяся вследствие инфицирования гриппом А/Н1N1, может быть разделена на 3 типа:

1 тип: пневмония первых 2-х дней заболевания.

2 тип: пневмония конца 1-й — начала 2-й недели от начала заболевания.

3 тип: пневмония после 14-го дня от начала заболевания.